

CASO CLÍNICO

Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico de patrón de consumo*

M. SILLA STOEL Y B. ROSÓN HERNÁNDEZ

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

RESUMEN. *Objetivo.* El consumo de alcohol se asocia con importantes problemas de salud, tanto físicos como mentales, así como con problemas sociales y personales. De la valoración que se realice de este consumo dependerán numerosas decisiones clínicas, tanto en lo referente al tratamiento de la patología asociada como al manejo del propio uso de alcohol. Por estos motivos es importante realizar una correcta valoración del consumo de alcohol y determinar el patrón de consumo.

Material y métodos. Se presenta un caso clínico de un paciente de 28 años ingresado en nuestro centro por pancreatitis aguda. Se describe la historia clínica desde el punto de vista del uso del alcohol y se revisan los métodos y test de detección, la terminología más adecuada y los criterios diagnósticos.

Resultados. Se explora la dependencia del alcohol. Se revisan las patologías relacionadas con el consumo y se realiza una intervención breve para conseguir abstinencia y seguimiento del paciente en un centro especializado tras el alta hospitalaria.

Conclusiones. La cuantificación del consumo de alcohol y el diagnóstico del patrón de consumo es esencial en la práctica clínica, permite identificar aquellos pacientes con consumo de riesgo, valorar el riesgo de desarrollo de abstinencia o patología rela-

cionada con el consumo de alcohol y realizar una intervención dirigida al cese de consumo.

PALABRAS CLAVE: consumo de riesgo, consumo perjudicial, dependencia del alcohol, Unidad de Bebida Estándar, AUDIT, CAGE, intervención breve.

Clinical assessment of alcohol use and diagnosis of drinking pattern

ABSTRACT. *Objectives.* Alcohol misuse is associated with significant health and mental problems as well as with social and personal problems. Numerous clinical decisions will depend on the assessment of this consumption, regarding both the treatment of alcohol related disease and the management of alcohol use disorders. For these reasons it is important to make a proper assessment of alcohol consumption and determine the drinking pattern.

Material and methods. We present a clinical case of a 28 year-old male patient admitted to our hospital due to acute pancreatitis. We review the history of alcohol consumption, the screening and diagnostics tests for alcohol dependence, the proper terminology and the diagnostic criteria.

Results. Alcohol dependence is assessed. We review alcohol-related disease and we perform a brief intervention to promote abstinence and patient's follow up after discharge.

Conclusions. Quantification of alcohol consumption and diagnosis of drinking pattern is essential in clinical practice. It allows the identification of patients with risky consumption, to assess withdrawal syndrome risk, and to perform a brief intervention aimed to decrease or cease alcohol use.

KEY WORDS: risky consumption, hazardous consumption, alcohol dependence, Standard drink, AUDIT, CAGE, brief intervention.

Correspondencia:

B. ROSÓN HERNÁNDEZ.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario de Bellvitge.
Feixa Llarga s/n.
08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.
Correo electrónico: broson@bellvitgehospital.cat

Recibido: 21-05-2009

Aceptado para su publicación: 27-05-2009

*Este artículo se ha realizado en el contexto de la Red de Trastornos Adictivos, Red RTA, RD06/0001, Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III.

Llega una interconsulta al servicio de medicina interna.

Paciente de 28 años ingresado en el servicio de cirugía general y digestiva por pancreatitis aguda, se detecta anemia macrocítica. Rogamos valoración.

Informe de ingreso

Paciente de 28 años que acude a Urgencias por un intenso dolor epigástrico irradiado en cinturón, por la espalda y el tórax de una semana de evolución, náuseas, vómitos y diarrea. Refiere que el dolor mejora con la sedestación. En la exploración física destacan constantes vitales mantenidas, febrícula, dolor a la palpación en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. En Urgencias se realiza una analítica que muestra amilasiemia de 3 ukat/l y amilasuria de 64 ukat/l. La ecografía abdominal no muestra alteraciones significativas. Ingresa en el servicio de cirugía general y digestiva por pancreatitis aguda.

Como antecedentes personales señalamos que no presenta alergias medicamentosas conocidas, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus ni dislipemia. No es fumador y tiene un hábito enólico moderado. Ingresó por pancreatitis aguda alitiásica hace 2 años, solicitando el alta voluntaria.

El médico adjunto (MA) le propone al residente (MR) que le acompañe a valorar al paciente:

MA: Pancreatitis aguda y anemia macrocítica, ¿qué diagnósticos diferenciales propondrías?

Tabla 1. Contenido de alcohol en las bebidas más habituales y equivalencia en unidades de bebida estándar (UBE)

Bebida	Consumición habitual	Equivalencia en UBE
Cerveza (3°-5°)	Un quinto/una caña (200 cc)	1 UBE
	Un litro	5 UBE
Vino, cava (12°-14°)	Un vaso (100 cc)	1 UBE
	Un litro	10 UBE
Carajillo	25 cc	1 UBE
Vino dulce/jerez/vermut (18°-20°)	Una copa (50 cc)	1 UBE
Destilados (40°-50°)	Una copa (50 cc)	2 UBE
	Un combinado (50 cc)	2 UBE

El valor de una UBE en España se establece en 10 gramos de alcohol.

MR: En un paciente joven, la primera sospecha diagnóstica sería una patología relacionada con el consumo de alcohol. Veamos la historia clínica.

MA: ¿Qué te parece la valoración hecha del consumo de alcohol? ¿Qué otro tipo de valoración propondrías?

MR: Es una valoración semicuantitativa del consumo. Es frecuente encontrar este tipo de valoraciones en los informes médicos, pero no aportan la suficiente información y tampoco son adecuadas. Es difícil saber cuál es el consumo tras leer este informe. Es posible que dado que se trata de una valoración imprecisa, el médico que recoge la historia clínica clasifique el consumo del paciente subjetivamente. En la valoración influye tanto el consumo del propio evaluador como la tolerancia social sobre el uso de bebidas alcohólicas y las repercusiones que este genera.

La forma más adecuada de hacer una apreciación del consumo sería hacer una valoración cuantitativa. Puede hacerse de varias maneras: calculando el consumo en gramos de alcohol al día o bien el número de unidades de bebida estándar (UBE) consumidas diaria o semanalmente.

El cálculo del consumo de alcohol en gramos de alcohol puro sería la forma más exacta de cuantificar el consumo de alcohol. Para calcular los gramos de alcohol se debe aplicar una fórmula que consiste en multiplicar la cantidad de bebida consumida en mililitros o centímetros cúbicos por la graduación alcohólica de la bebida y por 0,8, y este resultado se divide entre 100. La anamnesis para averiguar exactamente los mililitros consumidos y la necesidad de tener un recordatorio de los grados de alcohol de cada bebida hacen que esta fórmula sea en ocasiones engorrosa. Sin embargo, este sigue siendo el método de referencia en investigación clínica.

MA: ¿Y en clínica, cuál es el método de referencia?

MR: La cuantificación del consumo en UBE es actualmente el método de referencia en todos los niveles asistenciales (primaria, especializada y hospitalaria). La evaluación del consumo en UBE permite una cuantificación rápida del consumo y su fácil conversión en gramos de alcohol puro. El valor de la UBE en España se establece en 10 g de alcohol y equivale a una consumición de vino (100 ml), cava (100 ml) o cerveza (200 ml) y a media consumición de destilados o combinados (25 ml). La tabla 1 muestra las equivalencias en UBE de los productos consumidos con mayor frecuencia en España y la cuantificación en gramos de alcohol puro¹.

MA: Sin embargo, el valor de una UBE española es diferente al *standard drink* de los EE. UU.

MR: Es cierto, existe gran variabilidad en el valor en gramos de alcohol puro de una consumición estándar según los países. De hecho, en EE. UU y Canadá el valor de una UBE se acerca a los 14 gramos de alcohol, en Europa y Australia está en torno a los 10 gramos y en el Reino Unido se le asigna un valor de 8 gramos².

MA: ¿A qué pacientes consideras que habría que hacer una valoración del consumo de alcohol?

MR: Lo ideal sería valorar el consumo de alcohol en todos los pacientes. En circunstancias de sobrecarga asistencial se ha sugerido que el cribado se realice al menos en grupos de alto riesgo (p. ej. varones jóvenes) y en aquellos pacientes que presentan una patología que pudiera estar relacionada con el consumo de alcohol, o signos físicos que lo sugieran, como telangiectasias faciales, hipertrofia parotídea o hepatomegalia. Sin embargo, la recomendación actual en pacientes hospitalizados sería la del cribado universal.

MA: Bien, veamos cuál es el consumo de este paciente.

El paciente refiere un consumo habitual de 2 vasos de vino con la comida y la cena. Por la mañana toma una cerveza con el bocadillo y después un carajillo. Además, por la tarde, al salir de trabajar, toma 3 ó 4 cañas con los amigos. El fin de semana suele aumentar el consumo tomando por las noches del viernes y el sábado de 3 a 5 combinados.

MR: Por tanto, el paciente consume habitualmente 10 UBE al día en días laborables y de 16 a 20 UBE los fines de semana. Este es un consumo que se considera de riesgo.

MA: ¿Dónde marcarías el límite, es decir, a partir de qué cantidad consideras que el consumo es perjudicial para la salud? En clínica, ¿qué es considerado beber demasiado?

MR: En nuestro país, hemos adaptado la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y los niveles considerados de riesgo son para mujeres y personas mayores de 65 años consumir más de 17 UBE por semana o más de 3 UBE por ocasión de consumo; para hombres más de 28 UBE por semana o más de 5 UBE por ocasión de consumo³ (tabla 2). Este último patrón se denomina *binge drinking* en la literatura an-

Tabla 2. Definición de consumo de riesgo en Europa

	Consumo diario	Consumo semanal	Consumo por ocasión
Mujeres y mayores de 65 años	> 2 UBE	> 17 UBE	≥ 4 UBE
Hombres	≥ 4 UBE	> 28 UBE	≥ 6 UBE

UBE: unidades de bebida estándar.

Tabla 3. Interrogatorio sistemático sobre el consumo de alcohol (ISCA)

	Cantidad (UBE)	Número de días	Total
Laborables			
Fines de semana			

Pregunta 1: Si alguna vez consume bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc.), ¿cuántas consumiciones hace en un día? (expresadas en UBE).

Pregunta 2: ¿Con qué frecuencia? (número de días en una semana).

Pregunta 3: ¿Sus hábitos de consumo son diferentes durante los fines de semana (o en días laborables)?

UBE: unidades de bebida estándar.

glosajona, y se ha propuesto el término en nuestro país de *consumo concentrado episódico*^{2,4}.

MA: Tienes razón, el consumo de riesgo se puede identificar preguntando directamente sobre el consumo. También se puede diagnosticar utilizando cuestionarios específicamente diseñados para este propósito.

MR: Uno de los más utilizados en nuestro país es el ISCA (Interrogatorio sistemático sobre el consumo de alcohol). Consiste en preguntar directamente por las consumiciones en UBE a diario o durante el fin de semana y ayuda a detectar consumos de riesgo de fin de semana. Sería realizar la anamnesis que hemos hecho al paciente de forma sistemática.

El cuestionario se completa de acuerdo a las siguientes instrucciones (tabla 3). En la pregunta 1 “Si alguna vez consume bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc.), ¿cuántas consumiciones realiza en un día? (recogido en UBE)”, el usuario debe especificar el número de UBE que consume cada día que toma alcohol. El resultado obtenido debe ser recogido en el correspondiente cuadro (días laborables o festivos).

En la pregunta 2 “¿Con qué frecuencia? (número de días a la semana)”, el usuario debe especificar el número de días que consume alcohol, y reflejarlo en la fila correspondiente (días laborables o festivos).

Si la respuesta a la pregunta 3 “¿Sus hábitos de consumo son diferentes durante los fines de semana (o en

días laborables)?” es no, las casillas correspondientes se puede rellenar en forma directa. Si la respuesta es afirmativa, el usuario tendrá que repetir las preguntas 1 y 2 y escribir las respuestas en la fila correspondiente (días laborables y festivos), a fin de completar el cuestionario. Con el fin de obtener información sobre las cantidades semanales de consumo, el número de días que se consume alcohol se multiplica por las cantidades consumidas, y la suma de los días laborables y festivos dará el total semanal en bebidas estándar. El consumo de riesgo se fija en más de 28 UBE semanales para los hombres y 14 UBE para las mujeres.

MA: El ISCA⁵ parece una herramienta de utilización fácil en asistencia y puede ser utilizado indistintamente o de forma complementaria con el AUDIT-C (*Alcohol use disorders identification test C*). Existen además cuestionarios destinados al diagnóstico de la dependencia del alcohol. Los de mayor difusión para el cribado y diagnóstico de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol y de dependencia alcohólica son el AUDIT y el CAGE (*Chronic Alcoholism General Evaluation*)^{5,6}.

MR: ¿En qué consisten esos tests?

MA: El AUDIT-C⁶ se utiliza para el cribado del consumo de riesgo de alcohol. También consta de las 3 primeras preguntas del AUDIT (tabla 4), que valoran frecuencia y cantidad de consumo.

MR: Si lo aplicamos en nuestro paciente tendría una puntuación de 11. ¿Qué significa esto?

MA: En la validación del estudio español, para los hombres el mejor punto de corte para la detección de consumo de riesgo fue 5 (sensibilidad 92,4%; especificidad 74,3%), y entre las mujeres el mejor punto de corte fue 4 (sensibilidad 90,9% y especificidad 68,4%). El AUDIT-C es, por tanto, una herramienta útil para detectar consumos de riesgo y es la que ha sido recomendada para su utilización en clínica⁶. Para detectar o diagnosticar otros patrones de consumo debemos utilizar otros tests como el AUDIT en su versión completa o el CAGE.

MR: ¿En qué consiste el AUDIT?

MA: El AUDIT consta de 10 preguntas sobre las consecuencias de beber junto con preguntas sobre cantidad y frecuencia de consumo (tabla 5). Las 3 primeras se refieren al consumo de riesgo de alcohol, las preguntas 4 a 6 interrogan sobre síntomas de dependencia y

las últimas 3 preguntas valoran el consumo perjudicial de alcohol. Cada pregunta puntúa de 0 a 4, y la puntuación final permite identificar, según el punto de corte, tanto consumidores de riesgo como dependencia alcohólica³. Cherpitel y sus colaboradores sugieren los siguientes puntos de corte para el diagnóstico de los patrones de consumo. Sin problemas: hombres 0-7, mujeres 0-5 puntos; bebedor de riesgo: hombres 8-12, mujeres 6-12 puntos; consumo perjudicial y probable dependencia alcohólica: hombres 13-40, mujeres 13-40 puntos⁷.

MR: Otro test muy utilizado es el CAGE, cuyas siglas también indican las cuatro preguntas que deben realizarse (en inglés) (*Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener*)⁸. Permite detectar la dependencia del alcohol y existe una versión validada en castellano. Su uso se ha extendido gracias a su brevedad y facilidad de puntuación. Las preguntas del CAGE pueden administrarse solas o “camufladas” en el contexto de una entrevista más amplia, para evitar el posible rechazo.

Las preguntas son las siguientes:

- 1) ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos? (*cut*).
- 2) ¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber? (*annoyed*).
- 3) ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber? (*guilty*).
- 4) ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca? (*eye-opener*).

El test se considera positivo si se responde afirmativamente a un mínimo de dos preguntas. Su sensibilidad oscila entre un 49 y 100% y su especificidad entre un 79 y 100%, en función del punto de corte propuesto y de la gravedad del problema relacionado con el alcohol que se esté valorando.

MA: Por regla general, se recomienda limitar el uso del CAGE a la detección de la dependencia alcohólica, dado que el AUDIT tiene un mejor rendimiento para la detección de bebedores de riesgo. Se trata, por tanto, de un test de cribado para la detección, pero el diagnóstico de la dependencia debería basarse en otras pruebas.

MR: Bien, debemos entonces interrogar al paciente en estas esferas del consumo.

El paciente refiere inicio de la ingesta enólica en la infancia, aproximadamente a los 14 años, con inicio del hábito diario a los 20 y consumos de riesgo desde en-

Tabla 4. Test AUDIT (*Alcohol use disorders identification test*) y puntos de corte

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. Una o 2 1. Tres o 4 2. Cinco o 6 3. De 7 a 9 4. Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 1. Sí, pero no en el curso del último año 2. Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0. No 1. Sí, pero no en el curso del último año 2. Sí, en el último año

Puntos de corte

Sin problemas: hombres 0-7; mujeres 0-5.

Bebedor de riesgo: hombres 8-12; mujeres 6-12.

Problemas físico/psíquicos y probable dependencia alcohólica: hombres 13-40; mujeres 13-40.

Tabla 5. Dominios e ítems del AUDIT (*Alcohol use disorders identification test*)

Dominios	Número de pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia de consumo elevado (<i>binge drinking</i>)
Síntomas de dependencia	4	Pérdida de control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa frente al consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el consumo
	10	Otros se preocupan por el consumo

tonces. Refiere un cambio del patrón de consumo desde hace unos 8 años. Actualmente consume principalmente en bares, habiendo abandonado otras actividades sociales. Niega la presencia de sintomatología de abstinencia matutina habitual, aunque sí presenta en ocasiones pituitas. No tiene historia de crisis comiciales ni de *delirium tremens* previo. Presenta inicio matutino de la ingesta, pero niega realizar consumos para recuperarse de los efectos del día anterior. No refiere sensación de pérdida de control sobre el consumo. Cuando tuvo la pancreatitis hace 2 años abandonó el consumo totalmente durante un mes, posteriormente reanudó su consumo habitual rápidamente. Refiere tolerancia aumentada del consumo con intoxicaciones leves frecuentes, pero niega episodios de embriaguez severa. En ocasiones, menos de una vez al mes, presenta episodios de *blackouts* o lagunas mentales, no recordando las actividades o lo que ha consumido el día anterior. Entonces, “se arrepiente de haber bebido de aquella manera”. No refiere un diagnóstico previo de dependencia alcohólica, ni ha realizado nunca tratamiento de desintoxicación ni de deshabituación. Niega tener repercusiones sociales, laborales o personales del consumo, aunque últimamente su familia le ha sugerido que modere o abandone la bebida.

MR: La puntuación del AUDIT es de 17 puntos. Esto es compatible con patrón de dependencia.

MA: El siguiente paso sería diagnosticar clínicamente el patrón de consumo. Los tests nos orientan pero la evaluación clínica es fundamental para realizar el diagnóstico.

MR: Según los criterios del ICD-10⁹, hay varios patrones de consumo de alcohol: el consumo de riesgo, el

consumo perjudicial y la dependencia. El consumo de riesgo es aquel patrón de consumo en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol, pero sí riesgo futuro de daño psicológico, social y físico. Para la valoración del consumo de riesgo es importante registrar el consumo por días, si existen cambios de consumo particularmente durante el fin de semana y si existen consumos elevados por ocasión de consumo aunque sea de forma infrecuente. En ocasiones, un consumo diario habitual bajo puede coexistir con un consumo semanal de riesgo o con una cantidad de riesgo en las ocasiones en que consume¹⁰. Este consumo denominado consumo excesivo episódico o circunstancial (también llamado *binge drinking*) consiste en la ingesta de grandes cantidades de alcohol en un corto periodo de tiempo, ya sea una noche, un fin de semana o unas vacaciones, y reúne todos los riesgos del consumo de riesgo y de la intoxicación aguda. El consumo perjudicial es aquel patrón de consumo que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (p. ej. cirrosis hepática) o mental (depresión asociada al consumo). Las consecuencias sociales en sí mismas no son suficientes para el diagnóstico de consumo perjudicial o dañino. Para hacer el diagnóstico el daño debe de haberse producido¹⁰.

MA: ¿Qué sabes de la dependencia del alcohol?

MR: Es el patrón de consumo más grave, y consiste en una serie de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los que el consumo de alcohol supone para el individuo una prioridad mucho más elevada que otras conductas que antes tenían mayor valor. Una característica central es el deseo poderoso y difícil de controlar, de beber alcohol. Si después de un período de abstinencia estos pacientes vuelven a beber, es muy

Tabla 6. Criterios de la CIE-10 para diagnóstico de dependencia

Tolerancia, de tal manera que:

- Se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas; lograr la intoxicación o conseguir el efecto deseado
 - Se obtiene un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de alcohol
-

Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia, cuando se confirme por:

- El síndrome de abstinencia característico del alcohol con el cese o disminución del consumo
 - El consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
-

Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol

Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida, demostrado por:

- El alcohol se consume en mayores cantidades o durante un período más largo de lo que se pretendía inicialmente
 - Existen deseos persistentes o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el uso de alcohol
-

Preocupación con el alcohol, tal como se manifiesta por:

- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol
 - Aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos
-

Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente, o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño

Tres o más de estas manifestaciones deben haber estado presentes durante al menos un mes o, si han durado menos de un mes, deben haber aparecido juntas de forma repetida en algún período de doce meses

probable que presenten una rápida reaparición de las características de dependencia¹⁰.

MA: Estos patrones de consumo no son entidades separadas, sino que consisten en un continuo en el que los individuos pueden desplazarse hacia adelante y hacia atrás durante sus vidas. ¿Tiene este paciente un patrón de dependencia del alcohol?

MR: Revisemos criterios de la ICD-10⁹ (tabla 6). La coexistencia de 3 o más de estos criterios en los últimos 12 meses es diagnóstica de dependencia.

MA: En nuestro paciente coexisten los criterios de abstinencia, tolerancia, reducción de actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes; y por último perseverancia en el consumo de esta sustancia pese a la aparición de problemas físicos recurrentes.

MR: ¿Podríamos decir que este paciente es por tanto un “alcohólico”?

MA: Alcoholismo es un término de larga tradición y con un matiz estigmatizante, en general equiparable al síndrome de dependencia alcohólica. Por otro lado, el

matiz de que el paciente “es” o “padece” un trastorno puede también ser importante. Es preferible utilizar el término “tiene dependencia del alcohol”.

MR: Sin embargo, ¿podríamos decir que el paciente abusa de alcohol?

MA: El término abuso es todavía muy utilizado pero impreciso. Este patrón está caracterizado por un uso de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por uno (o más) de los siguientes, durante un período de 12 meses: incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en la escuela o en casa; consumo recurrente del alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o manejar una máquina bajo los efectos de la sustancia), problemas legales repetidos relacionados con el alcohol, problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol. Para realizar este diagnóstico debe descartarse la dependencia del alcohol. La OMS no recoge este término en la CIE-10⁹, que desaconseja por ambiguo. En su lugar, prefiere usar consumo de riesgo o consumo perjudicial, según existan o no daños físicos o psicológicos.

Tabla 7. Resultados de los estudios analíticos practicados

	Valor en el paciente	Rango normal
ALT	0,45 ukat/l	≤ 0,93 ukat/l
AST	1,01 ukat/l	≤ 0,5 ukat/l
GammaGT	4,52 ukat/l	≤ 1,16 ukat/l
Bilirrubina	54 μmol/l	≤ 18 μmol/l
Cobalaminas	510,6 pmol/l	145-637 pmol/l
Folatos	10,9 nmol/l	5,5-32 nmol/l
Tiroxina	100 nmol/l	70-140 nmol/l
TSH	0,7 mU/l	0,5-5,7 mu/l
Leucocitos	3,34 10 ⁹ /l	3,9-10 10 ⁹ /l
Plaquetas	45 10 ⁹ /l	135-333 10 ⁹ /l
rTP	1:19	0,8-1,2
rTTPA	1:15	0,8-1,2
Hemoglobina	112 g/l	126-166
VCM	100,1 fl	81-96 fl
Reticulocitos	1,60 %	0,8-2 %

ALT: alanino aminotrasferasa; AST: aspartato aminotrasferasa; TSH: hormona tirotrópica; VCM: volumen corpuscular medio.

Del mismo modo, el concepto de consumo excesivo de alcohol, que suele referirse a una pauta de consumo que excede un estándar de consumo aceptado debería sustituirse por “consumo de riesgo”².

MR: Lo mismo pasaría con los términos consumo moderado, consumo prudente, consumo social o consumo responsable. En todos estos casos sería mejor hablar de consumo de bajo riesgo.

MA: Revisemos los datos analíticos (tabla 7). Nuestro paciente tiene además alteración de las enzimas hepáticas y anemia macrocítica. ¿A qué crees que es debido?

MR: Muchos de los pacientes con consumo de riesgo de alcohol tienen anemia, que con frecuencia es multifactorial y puede ser micro-, normo- o macrocítica. Además del efecto directo del alcohol en la hematopoyesis puede haber otros procesos involucrados, como por ejemplo déficit de hierro por pérdidas digestivas, anemia de proceso crónico, déficit nutricional y, sobre todo, déficit de vitamina B₁₂ y folatos¹¹. Antes de que aparezca la anemia, aproximadamente el 40-80 % de los pacientes con dependencia del alcohol tienen macrocitosis. Cuando nos enfrentamos a un paciente con consumo de riesgo de alcohol y anemia macrocítica, esta suele ser por déficit de vitaminas del grupo B o folatos, ya que el alcohol interfiere con la absorción de estas vitaminas y su almacenamiento en

el hígado, pero para poder atribuir la macrocitosis al consumo de alcohol hay que descartar otras causas, como enfermedad hepática, hipotiroidismo, tratamiento con fármacos antimetabolito o síndromes mielodisplásicos¹². Dado que el alcohol baja los niveles de folato del suero, incluido en pacientes que no tienen un auténtico déficit, el diagnóstico se hará determinando los niveles de cobalaminas en suero y de folato intraeritrocitario.

MA: En nuestro caso, el paciente tiene anemia macrocítica arregenerativa. Los niveles de folatos y cobalaminas en suero son normales, así como las hormonas tiroideas. El paciente no toma medicación habitualmente. La morfología de sangre periférica y la edad hacen poco probable el síndrome mielodisplásico. Por tanto, podemos concluir que la anemia macrocítica que presenta nuestro paciente se debe principalmente al consumo perjudicial de alcohol. En este caso, el único tratamiento es la abstinencia. ¿Cuándo debes repetir la analítica para analizar la respuesta a la abstinencia?

MR: Habitualmente deben pasar entre 2 y 4 meses desde que el paciente permanece abstinentemente para que desaparezca la macrocitosis.

MA: ¿En qué medida los datos analíticos pueden ayudarte a identificar a aquellos pacientes que consumen alcohol?

MR: En las analíticas de pacientes consumidores de alcohol se encuentra con frecuencia elevación de gamma-glutamilo-transferasa, aminotransferasas, transferrina deficiente en carbohidratos y volumen corpuscular medio¹³. Estos hallazgos, sobre todo si se usan de manera combinada, pueden ayudar a establecer el diagnóstico, pero no son específicos, por lo que no pueden sustituir una valoración clínica realizada por el personal sanitario¹⁴.

MA: Hemos realizado el cribado, también del diagnóstico de dependencia del alcohol con repercusiones físicas. ¿Cuál el siguiente paso?

MR: El paciente debería iniciar un tratamiento de desintoxicación y de deshabituación ambulatoria.

MA: Tienes razón, pero aquí en el hospital (o en la consulta ambulatoria) debemos intervenir para iniciar definitivamente el proceso de deshabituación. Esta intervención se basa generalmente en una entrevista moti-

vacional o una intervención breve, o ambas, para ayudar al paciente a identificar que tiene un problema y a tomar los pasos necesarios para prevenir complicaciones futuras.

En la entrevista motivacional, el clínico valora los riesgos y consecuencias del patrón de consumo, informa sobre riesgos, motiva al paciente a aceptar la responsabilidad del cambio, ofrece consejo, informa sobre las diferentes opciones, interacciona de una manera empática y mejora la eficacia del paciente para aceptar la responsabilidad del cambio^{15,16}. La intervención breve tiene un rango más amplio, y usa un amplio abanico de herramientas para educar al paciente sobre las normas de consumo, enfatiza los peligros del consumo de riesgo, sugiere maneras de disminuir o cesar el consumo de alcohol y ayuda a identificar y evitar aquellas situaciones en las que es probable que el consumo de riesgo tenga lugar¹⁷. Ambas intervenciones tienen como objetivo motivar al paciente para cambiar, valorar la percepción de la situación que tiene el paciente y de lo que debe hacer y ofrecer sugerencias. Tanto la entrevista motivacional como la intervención breve pueden realizarse en sesiones de entre 15-30 minutos, y el tiempo invertido genera más beneficios que costes¹⁸.

MR: En resumen, es importante realizar una detección precoz del consumo de alcohol, y un ingreso hospitalario o una visita ambulatoria suponen una excelente oportunidad. Los términos recomendados para referirnos al consumo de alcohol son consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia. La evaluación del consumo en UBE es actualmente el método de referencia en la práctica clínica, ya que permite una cuantificación rápida del consumo y su fácil conversión en gramos de alcohol puro. El AUDIT-C es el cuestionario de elección para el cribado de consumos de riesgo en el ámbito sanitario. El AUDIT completo es el cuestionario de elección para la detección del síndrome de dependencia alcohólica. Los marcadores biológicos no deben ser utilizados como instrumentos de cribado, aunque pueden ser útiles en el manejo clínico de los pacientes. Una vez hecho el diagnóstico clínico debemos realizar la intervención (una entrevista motivacional o una intervención breve) para ayudar al paciente a identificar que tiene un problema y a tomar los pasos necesarios para prevenir complicaciones futuras.

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Bibliografía

1. Rodríguez-Martos A, Gual A, Llopis Llacer JJ. La unidad de bebida estándar: un registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:446-50.
2. Rodríguez-Martos A, Rosón B. Capítulo 2. Definición y terminología. En: 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid 14 y 15 de junio de 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
3. Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro MG. AUDIT: The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in Primary Care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
4. Parliamentary Office of Science and Technology. Postnote Binge Drinking and Public Health, July 2005; N° 244: 1.
5. Gual A, Contel M, Segura L, Riba A, Colom J. El ISCA (interrogatorio sistematizado de consumos alcohólicos), un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:685-9.
6. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*. 2002;37:591-6.
7. Cherpitel CJ. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *J Stud Alcohol*. 1995;56: 695-700.
8. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984;252:1905-7.
9. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
10. Babor T, Campbell R, Room R, Saunders J, editors. *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organization; 1994.
11. Heermans EH. Booze and blood: The effects of acute and chronic alcohol abuse on the hematopoietic system. *Clin Lab Sci*. 1998;11: 229-32.
12. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th ed. Part 15, section 6. Alcoholism and drug dependency. Chapter 372. Alcohol and alcoholism. New York: McGraw-Hill; 2005.
13. Rosalki SB, Rau D, Lehmann D, Prentice M. Determination of serum gamma-glutamyl transpeptidase activity and its clinical applications. *Ann Clin Biochem*. 1970;7:143-7.
14. Sharpe PC. Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence. *Ann Clin Biochem*. 2001;38:652-64.
15. Heather N, Brodie J, Wale S, Wilkinson G, Luce A, Webb E, et al. A randomized controlled trial of moderation-oriented cue exposure. *J Stud Alcohol*. 2000;61:561-70.
16. Vasilaki E, Hosier S, Cox M. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol*. 2006;41:328-35.
17. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373:492-501.
18. Mundt M, French M, Roebuck M, Manwell L, Barry K. Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. *J Stud Alcohol*. 2005;66:389-94.